

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**REGIANE CHRISTINE DE CARVALHO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL E SEU FAMILIAR EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**REGIANE CHRISTINE DE CARVALHO**

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL E SEU FAMILIAR EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em  
Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Urgência e  
Emergência do Departamento de Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina como requisito  
parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Odisséia Fátima Perão**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL E SEU FAMILIAR EM SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA** de autoria do aluno **REGIANE CHRISTINE DE CARVALHO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e Emergência.

---

**Profa. Dda. Odisséia Fátima Perão**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>03</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>09</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>12</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>17</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>19</b>

CARVALHO, Regiane Christine de. **Assistência de enfermagem ao paciente com acidente vascular cerebral e seu familiar em serviços de urgência e emergência.** 2014. 25 páginas. Monografia. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área: Urgência e Emergência. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis. 2014.

## RESUMO

As doenças cerebrovasculares são a segunda maior causa de óbitos em todo mundo, em primeiro lugar estão as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013). Se não forem realizadas intervenções quanto às doenças cerebrovasculares o número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mundo aumentará para 6,5 milhões em 2015 e para 7,8 milhões em 2030 (CABRAL, 2009). O objetivo do trabalho é implantar um Manual de Assistência de Enfermagem a pacientes com AVC e seu familiar em um Serviço de Urgência e Emergência. Esta iniciativa visa melhorar a qualidade de vida do paciente e seu familiar pós-alta. Método: pesquisa bibliográfica na qual foram utilizados artigos, livros e manuais e à partir destes instrumentos desenvolveu-se o Manual com base na realidade da Instituição de destino. Resultados: o Manual vem a contribuir para a qualidade da Assistência ao paciente com AVC e seu familiar e melhorar a nova condição de vida pós-alta. Sabe-se que o paciente com AVC tem um longo processo de tratamento e reabilitação e seu cuidado são onerosos ao familiar. Com o Manual as atividades de vida diária serão abordadas e ensinadas e isso vem a contribuir para a reabilitação do paciente. Conclusão: faz-se necessário o enfermeiro incorporar o seu trabalho tanto assistencial quanto educacional para com o paciente e seu familiar. O profissional de enfermagem precisa ter maior interação e preocupação com o paciente com AVC e seu familiar, pois a doença acomete a vida profissional, familiar, social e afetiva destas pessoas.

## 1 INTRODUÇÃO

Define-se o AVC como déficit neurológico de início súbito, que dura mais de 24 horas e que resulta em doença vascular cerebral. O AVC ocorre quando há: interrupção do fluxo sanguíneo devido à obstrução de um vaso por trombo ou êmbolo ou por ruptura de um vaso. A doença vascular cerebral inclui qualquer processo patológico que envolva os vasos sanguíneos do cérebro e tem como causa trombose, embolia ou hemorragia. A consequência do Acidente vascular cerebral (AVC) é uma lesão a uma área focal do cérebro (GALLO, 2007).

As doenças cerebrovasculares são a segunda maior causa de óbitos em todo mundo, em primeiro lugar estão as doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013). Se não forem realizadas intervenções quanto às doenças cerebrovasculares o número de óbitos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) no mundo aumentará para 6,5 milhões em 2015 e para 7,8 milhões em 2030 (CABRAL, 2009).

Sabe-se que no Brasil o processo de envelhecimento vem crescendo devido a queda da taxa de fecundidade desde 1960 e aumento da longevidade dos brasileiros. Estima-se que da população do Brasil em 2050, a taxa de idosos seja de 30% (CARNEIRO et al., 2013). Com esses dados é de se esperar o aumento dos gastos públicos com saúde e previdência e os desafios que o sistema de saúde brasileiro enfrentará para se adaptar as novas mudanças demográficas.

O AVC acarreta altos custos quanto ao seu tratamento e reabilitação além de ocasionar ônus familiar. Os profissionais de saúde precisam ser capacitados para trabalhar com esta clientela para que resultados futuros sejam percebidos na sociedade.

A prevenção continua sendo ainda o melhor caminho para se evitar o AVC, porém é sabido que a população não está preparada ainda para esta nova visão de saúde. Quando o paciente interna num centro de urgência, infelizmente a doença já está instalada. Ainda há de se afirmar que o sistema de saúde é falho e fragmentado. Há erro tanto da gestão quanto dos próprios usuários e profissionais de saúde em trabalhar de maneira unificada e colaborativa.

Não obstante, o papel do enfermeiro em qualquer setor além de assistencial é também de educador. E o enfermeiro também precisa capacitar a equipe que trabalha para que esta desenvolva um trabalho mais qualificado para com o usuário e seu familiar. A organização

pública só tem a ganhar e se beneficiar com profissionais motivados, capacitados, instruídos, com atitudes e posturas profissionais e que realizam seu trabalho com fundamento científico.

Na unidade de emergência desse estudo, o sistema é todo informatizado, existem alguns manuais utilizados pela equipe de enfermagem como ferramentas educativas, quanto aos cuidados com sorologia, coletas de exames, porém não existe manual para cuidados ao paciente com AVC. Mediante a essa necessidade, implantaremos um manual contendo orientações referentes à assistência a pacientes e familiares com AVC atendidos em serviços de urgência e emergência. A intenção de elaborar esse instrumento educativo é fornecer subsídios a equipe, beneficiando a qualidade da assistência ao paciente com AVC e familiar na fase aguda da doença, refletindo nos cuidados pós-alta. O manual conterá informações como postura e transferência do paciente, cuidados com alimentação, comunicação e atividades diárias.

Vale enfatizar que o Serviço de Urgência onde será implantado o manual de orientação, de que trata este trabalho, não dispõe de recursos para ofertar um Manual a todo paciente de AVC que fica internado e seu cuidador. Devido a esta dificuldade a equipe será capacitada para conhecer os cuidados para com o paciente com AVC durante a internação e orientará seus familiares durante as atividades realizadas no próprio serviço de saúde. Momentos propícios para colocar em prática o manual é durante a alimentação, higiene pessoal, banho, idas ao banheiro, posicionamento do paciente cama/poltrona, caminhadas pelo corredor do internamento. Importante esclarecer que somente os pacientes do internamento estão incluídos neste trabalho, os da Emergência não serão abordados, somente quando forem encaminhados ao internamento. O manual ficará a disposição no serviço de urgência para ser manipulado e trabalhado pela equipe de enfermagem, mas o paciente e o cuidador poderão e deverão visualizá-lo e manipulá-lo.

Descrevemos como questão norteadora desse estudo: O que devemos implantar como ação educativa, à equipe de enfermagem que assiste a pacientes com AVC e seu familiar em serviços de Urgência e Emergência?

Para tanto esse estudo objetiva implantar um manual de assistência de enfermagem a pacientes com AVC e familiar em um serviço de urgência e emergência.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Uma conquista importante da população brasileira consiste na Constituição Brasileira Federal que estabelece que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”, devendo o Estado garantir, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2006).

O atendimento emergencial visa identificar os diagnósticos e os medicamentos necessários e as ações de enfermagem objetivam diminuir os riscos, as seqüelas, deformidades e as iatrogenias (GOMES, 2008).

E a recuperação que é realizada a nível ambulatorial e hospitalar envolve o tratamento e o diagnóstico de doenças, acidentes, a limitação da invalidez e a reabilitação (BRASIL, 1990).

Com estas medidas o Estado busca através das unidades básicas, urgências, hospitais e centros de reabilitação seguir o que está definido na Constituição.

Segundo Gomes (2008) em algumas instituições de saúde o cuidador é preparado para continuar o cuidado ao paciente em domicílio e isso se faz através de meios educacionais. Este preparo do cuidador é realizado com o objetivo de minimizar ou prevenir iatrogenias, pois o paciente pode desenvolver complicações como: deformidades do lado plégico, lesões cutâneas, broncoaspiração, distúrbios vesículo intestinal, infecções urinárias, distúrbios dentários, isolamento social e outros.

O cuidado significa “atenção, cautela, precaução, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade”. Ainda é perceber a pessoa como ela é, e como ela mostra seus gestos e falas, sua dor e limitação. E o cuidador, é alguém que cuida a partir dos objetivos estipulados pelas instituições especializadas e que promove a saúde, o bem estar, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer a pessoa cuidada. Este cuidador pode ser alguém da família ou da comunidade. E oferta o cuidado a alguém que necessita ser cuidado porque se encontra acamado, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração (BRASIL, 2008).



Outra questão importante citada pelo autor acima é que o cuidador deve auxiliar a pessoa a ser cuidada naquilo que ela não consegue fazer sozinha, somente. E ainda ressalta que técnicas e procedimentos que fazem parte da profissão de enfermagem não façam parte do cuidado.

O Ministério da Saúde (2008) conceitua autocuidado como uma ação em cuidar de si própria, tendo por finalidade promover a saúde, preservar e manter a vida.

Portanto, o enfermeiro deve utilizar sua capacidade de educador, conhecer o perfil do cuidador e, ainda, apontar dificuldades e facilidades do cuidado em domicílio utilizando-se da orientação sistematizada (GOMES, 2008).

As orientações, contidas no manual, consistirão em auxiliar o paciente vítima de AVC e seu cuidador com as atividades de vida diária. As atividades como o cuidado com o próprio corpo incluem:

“Higiene pessoal e autocuidado, banho, alimentação, comer (receber o alimento na boca, mastigar e engolir), vestuário, controle de esfínteres, mobilidade funcional (realizar movimentos e mudanças de posição na cama/cadeira de rodas, transferência, deambulação), cuidado com equipamentos pessoais, atividade sexual, uso do vaso sanitário, dormir e descansar” (THINEN; MORAES, 2009).

De acordo com Gallo (2007), três quartos dos AVCs se devem a obstrução por êmbolo ou trombo e que um quarto é de origem hemorrágica. O êmbolo pode ser resultado de lipídios, ar, fragmentos de placas ateromatosas e coágulos sanguíneos. Geralmente os êmbolos que atingem o cérebro tem origem cardíaca, decorrente de infarto do miocárdio ou fibrilação atrial. Quanto ao AVC hemorrágico a hipertensão é o fator precipitante. Os fatores de risco incluem hipertensão, diabetes, obesidade, doença cardíaca, tabagismo, hipercolesterolemia e uso de pílulas anticoncepcionais.

Os pacientes podem apresentar como sintomas de prenúncio do AVC: tontura, disartria, lapsos de memória, paresias fugazes nas extremidades e cefaleia. O coma e o torpor quando presentes, denunciam lesão direta ou indireta do tronco cerebral. Os sinais e sintomas mais comuns do AVC são: fraqueza, incoordenação ou sensação de peso em hemicorpo ou somente em um dos membros (mão, braço, perna) ou face, perda de sensibilidade, formigamento,

distúrbios da linguagem, disartria, afasia, visão borrada, diplopia e cegueira monocular (UENISHI,2011).

Os AVCs se classificam em dois grupos: AVC isquêmico e hemorrágico. O primeiro divide-se em trombótico e embólico e o segundo em intracerebral e subaracnóide.

Para diagnóstico diferencial e confirmação é necessário proceder com anamnese: o horário do início dos sintomas é fundamental, sintomas, os fatores de risco, história de doença cardiovascular. O exame clínico para avaliar leito vascular periférico e ausculta dos vasos do pescoço. Exame neurológico e uso de escalas como a de glasgow e a NIHSS (escala de déficit neurológico do National Institute of Health). Exames de sangue: hemograma completo com plaquetas, eletrólitos, creatinina, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativado e glicemia sérica e exames de imagem como a tomografia.

É necessário que o paciente receba o primeiro atendimento por pessoas qualificadas e capazes de identificar o AVC. Uma estrutura bem organizada dos serviços de emergência médica pré-hospitalar, encurta muito o tempo de chegada até o hospital e aumenta a chance do paciente receber o atendimento (MARTINS, 2006).

Os cuidados ao pacientes no pré hospitalar (ambulância) até um centro de referência incluem: sinais vitais, cabeceira a zero graus, acesso venoso, administrar O2 se oximetria abaixo de 92%, avaliar a glicemia, aplicar a escala de Glasgow e a escala que a equipe foi treinada para realizar, identificar a hora do ictus.

Ações que não devem ser realizadas porque pioram o prognóstico quando do atendimento a vítima de AVC: não demorar no transporte, não administrar grandes volumes de fluido (somente em casos de coma hipovolêmico), soro glicosado somente se glicemia abaixo de 70 mg/dl, não reduzir pressão, não identificar o tempo ictus. Quanto ao tratamento no AVCH existe o conservador e o cirúrgico. E do AVCI depende do tempo em relação ao ictus (que se divide em até 4,5 horas e acima de 4,5 horas). Quando o AVCI ocorre em até 4,5 horas deve-se avaliar a possibilidade de trombólise endovenosa com rt-PA (ativador do plasminogênio tissular recombinante), respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão (MORO; LONGO; MASSARO, 2012).

. Ainda existe o tratamento trombolítico intra-arterial, mas para determinados locais cerebrais afetados pelo AVCI, trombólise avançada, mas que não será mencionado neste trabalho.

Pacientes que não se encaixam para a terapia trombolítica utiliza-se antiagregante plaquetário (AAS 160-325 mg/dia). E em pacientes que já fazem uso de AAS, indica-se uma dose de ataque de clopidrogel de 300 mg e dose de manutenção de 75 mg/dia (MORO; LONGO; MASSARO, 2012).

Retomando a terapia trombolítica, a estreptoquinase não está indicada para o tratamento do AVCI agudo devido aos riscos elevados de hemorragia, mas tem-se utilizado a rt-PA. Estudo do ATLANTIS (Alteplase Trombolysis for Acute Neurointerventional Therapy in Ischemic Stroke) relata a segurança do rt-PA utilizado até 3 horas do ictus, não mostrando benefício após este tempo. Mas após análise em conjunto desse estudo confirmou-se que o rt-PA intravenoso pode ser útil sim até 4,5 horas (CLARCK et al., 1999; HACKE et al., 2004; TONI, 2004).

O rt-PA (Actilyse-1 ampola= 50 mg) é administrado na dose total de 0,9 mg/kg, até um total de 90 mg. Injeta-se 10% da dose EV em até um minuto e o restante em 60 minutos, com bomba de infusão. Durante este procedimento o paciente deve ser monitorado em Unidade de AVC, sala de emergência ou UTI por um período mínimo de 24 horas. Neste tempo atentar para o quadro neurológico, sinais vitais e sangramento. Cuidado, ainda, deste paciente não receber antitrombóticos, antiagregantes plaquetários e heparina nas próximas 24 horas.

Vale apenas mencionar que durante o tratamento com rt-Pa cuidados com a pressão arterial, glicemia e temperatura são fundamentais.

Ainda para complementar os cuidados pós trombólise incluem: controle neurológico, monitorar pressão cardíaca e pressórica, evitar punção venosa central ou arterial nas primeiras 24 horas, não realizar sondagem nasoenteral também durante as 24 horas e não passar sonda vesical até trinta minutos do término da infusão. A tomografia deve ser realizada após 24 horas do rt-PA para daí iniciar medicação antitrombótica (antiagregante plaquetário ou anticoagulante) (MORO; LONGO; MASSARO, 2012).

Importante explanar ainda, sobre a prevenção secundária, com o intuito de prevenir a recidiva de AVCI. Orientar os pacientes a mudar o estilo de vida com exercícios físicos, melhora

da dieta, consumir mais frutas e verduras, diminuir o consumo de sal e gorduras, evitar uso excessivo de álcool e parar de fumar (CHAVES et al., 2009).

Após todo este processo com o paciente vítima de AVC, que é o atendimento inicial pré-hospitalar, o encaminhamento a um centro de urgência ou hospital, realização de exames para diagnóstico, o tratamento, vem a reabilitação. E o Manual de cuidados ao paciente de AVC e seu familiar só vem a contribuir para a reinserção deste paciente ao meio familiar e até social. Toda esta situação é muito estressante para o paciente e familiares e por isso um trabalho da equipe de enfermagem para a melhoria da nova condição de vida é importante e para isso se utilizará um Manual de cuidados.

É imprescindível transmitir orientações e que essas façam parte também no planejamento de alta. Deve iniciar já na internação do paciente com o propósito de reabilitar, organizar o ambiente de vida da melhor maneira possível e garantir a continuidade dos cuidados após a alta (THINEN; MORAES, 2009).

“A criação de manuais ocorre para facilitar o trabalho da equipe multiprofissional na orientação de pacientes e familiares no processo de tratamento, recuperação e autocuidado. Dispor de material educativo e instrutivo facilita e uniformiza as orientações com objetivos primários de saúde”. (THINEN; MORAES, 2009).

Importante lembrar que a internação é uma situação temporária para os pacientes, mas a família é permanente, por isso a necessidade de orientação dos familiares para com os cuidados ao paciente vítima de AVC ainda mais que este cuidar requer um período de reabilitação demorado. Contudo, um manual escrito fornece um melhor suporte ao cuidado em domicílio para a família e pode ser consultado a qualquer momento (THINEN; MORAES, 2009).

No livro “Você não está sozinho”, citado pelo Ministério da Saúde (2008), explana que umas das maneiras de ajudar uma pessoa é fornecendo informação a esta, quando informada controla melhor a situação em que se vive.

De acordo ainda com o Ministério da Saúde (2008) cabe ao profissional de saúde esclarecer ao cuidador quais as atividades que deverá desempenhar para com a pessoa a ser

cuidada e qual não deverá, pois compete ao profissional da saúde fazê-la. E esta parceria cuidador/profissional de saúde colabora para a sistematização das atividades que serão realizadas no domicílio.

Cabe especificar que estas atividades serão voltadas para a: “promoção da saúde, prevenção de incapacidades e manutenção da capacidade funcional da pessoa cuidada e do seu cuidador com o objetivo de diminuir hospitalização, asilamentos e isolamento”.

### 3 MÉTODO

Tecnologia é uma palavra grega que significa arte e habilidade. Para refletir sobre o impacto da tecnologia na prática de enfermagem é necessário compreender que existe um equilíbrio entre a tecnologia e a presença verdadeira do enfermeiro assegurando o papel da enfermagem no sistema de cuidado em saúde. A tecnologia também se manifesta na forma de conhecimentos e habilidades, sendo construída socialmente (MARTINS; DAL SASSO, 2008).

Para a realização deste trabalho, será utilizada a tecnologia de cuidado ou de educação, pois o recurso a ser utilizado será um Manual de orientação à equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente vítima de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e seu familiar cuidador.

Vale ressaltar que o Manual é um modelo único, porém o cuidado a cada paciente será individualizado, pois cada um requer uma necessidade específica.

O Manual, primeiramente, será apresentado à equipe de enfermagem e, posteriormente, destinado a uso com o paciente vítima de AVC e seu cuidador num Centro de Urgência na cidade de Curitiba. Vale ressaltar que só serão trabalhados os pacientes que se encontram internados neste Centro, excluídos os da sala de Emergência.

O estabelecimento passou por uma reforma e esta foi concluída em 2006 e se adaptou às exigências estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O Serviço é público e de Urgência situado na região sul de Curitiba e oferece serviço de atendimento de enfermagem, odontológica e médica. Realizam-se atendimentos de urgência, atendimento a pequenos traumas, às vítimas de intoxicação exógena, acidentes com animais peçonhentos e mordeduras de cão, curativos, suturas.

Contém 11 leitos de internamento adulto nestes incluído um para isolamento, seis leitos de internamento infantil e um de isolamento.

Dispõe de uma recepção ao usuário tanto adulto como pediátrico, de uma sala de avaliação adulto e infantil para o acolhimento com classificação de risco, uma sala de injeção, uma farmácia, oito consultórios médicos para atendimento adulto, dois consultórios médicos para atendimento infantil, um posto de enfermagem pediátrico e um posto de enfermagem adulto, uma sala de central de material, uma copa, uma sala de serviços gerais, banheiros, salão de espera aos

usuários adultos, um salão de espera de usuários pediátricos, uma sala de inalação de uso adulto e infantil, uma sala de observação de nome soroterapia em que pacientes aguardam resultados de exames laboratoriais e/ou recebem medicação endovenosa, um morgue e o anexo administrativo que inclui: uma sala de coordenação de enfermagem, uma sala de coordenação médica, uma sala de reunião, um refeitório, um almoxarifado, dois quartos de descanso para a equipe de enfermagem, um quarto de descanso para a equipe médica, um quarto de descanso para a equipe do SAMU, uma peça onde fica localizada a caixa de água do estabelecimento e banheiros masculino e feminino.

Depois de elaborado o Manual de orientações será solicitado à coordenação de Enfermagem reunião com a equipe.

O período para que possa abranger toda a equipe será de uma semana. As etapas do processo serão: comunicação e exposição do Manual para a Coordenação de Enfermagem; reunião com os enfermeiros para expor a proposta e escolher os capacitadores interessados; estipular datas, horários (incluir os três turnos e as cinco equipes); convite individual para toda a equipe de enfermagem; colocação de convites coletivos através de cartazes no estabelecimento quanto a horários, datas e local.

A apresentação e a palestra com a equipe serão por meio de exposição dialogada e se utilizando material visual (computador).

A palestra será ministrada por enfermeiros interessados; o espaço físico será a sala de reuniões no próprio anexo administrativo da Urgência, pois é um ambiente amplo e de fácil acesso a todos.

Por fim, será deixada uma caixa de sugestões e idéias para que, os profissionais que não querem se expor colaborem para adaptações e melhorias do Manual.

Entende-se quanto à questão ética deste Manual que deve ser elaborado através de pesquisas de outros manuais, por meio da literatura científica para que não haja prejuízos aos pacientes e seus familiares, somente benefícios.

Vale ressaltar que o trabalho não foi submetido à aprovação do Comitê de Ética por não se tratar de uma pesquisa e não envolver dados dos pacientes (não há sujeitos de pesquisa).



#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

O Manual de cuidados a equipe de enfermagem para o cuidado ao paciente com AVC e seu familiar foi elaborado à partir da pesquisa de outros manuais, mas adaptado a realidade do local de trabalho (Centro de Urgência).

1) Preparação do quarto: segundo Rangel (2009) o paciente vítima de AVC deve receber estímulos justamente do lado “doente” (o que está com alteração de movimentos), pois assim este paciente terá ganhos sensoriais.

\*Oferecer os alimentos, os objetos e conversar com o paciente sempre do lado paralisado. Vale ressaltar que os talheres da urgência são de plástico (por isso fino) então envolver o cabo destes talheres com gazes a fim de que o objeto fique mais grosso e permitir ao paciente estímulo do membro “doente”

2) Posição dos travesseiros no leito: a posição correta protege os ombros, evita trauma e posturas incorretas, que posteriormente, são prejudiciais a reabilitação (RANGEL, 2009).

\*A equipe quando realizar mudança de decúbito dorsal colocará dois travesseiros um para cada ombro do paciente; ou ainda um na região da cabeça, outro abaixo do membro “doente” e um abaixo do joelho do membro “doente”. Manter o paciente numa posição reta e não em diagonal e nem pendente para um lado. Para a cabeça não pender para o lado fazer rolinho com os lençóis ou com o cobertor (estes são os materiais disponibilizados no Centro de Urgência) e posicionar em cada lado da cabeça;

\*Quando realizar mudança de decúbito lateral para o lado envolvido, o membro “doente” deve ficar ajeitado encima de um travesseiro e a perna do mesmo lado em leve flexão.

3) Rodar o corpo a partir do lado envolvido (virar o corpo): os leitos possuem grades. Orientar a segurar na grade para virar de lado, quando sozinho. Quando a equipe for virar o paciente, colocar as mãos no quadril e a outra na escápula do lado envolvido apenas para auxiliar. Atualmente os profissionais fazem esta movimentação do paciente utilizando o lençol (travessa) do leito, mas com a implantação do manual será manipula-lo sem o uso do lençol.

4) Orientação para sentar: primeiro o profissional deverá colocar o paciente de lado no leito, depois colocar as pernas para fora do leito e para levantar apóia-lo com o braço. Nunca puxar o paciente pelo braço. Alternativa é pedir para o paciente entrelaçar as mãos assim o braço doente não ficará solto e já o estimula.

5) Mudança de decúbito: a equipe colocará o paciente mais posicionado do lado que não irá virar. Aqui sim utilizar o lençol para facilitar a movimentação no leito. Dobrar as pernas e girar o corpo para o lado que quiser virar. Aqui utilizar lençol ou cobertor atrás das costas para o paciente não pender para o lado.

6) Posicionado sentado no leito: pernas pendentes para fora do leito, sentado e o braço afetado apoiado ao lado do corpo, levar o peso do corpo sobre o braço doente.

7) Quando o paciente estiver sentado no leito na posição citada no item 6 aproveitar para colocar objetos do lado afetado para que o paciente possa pegar os objetos com a outra mão e se exercitar.

Obs: O espaço no internamento nem sempre é favorável ao paciente. Os leitos são posicionados nas paredes cada leito em um canto do quarto. O correto é colocar os objetos, mesa tudo do lado afetado do paciente, mas nem sempre isso será possível devido a disposição dos leitos no quarto.

8) Exercícios no leito: mesmo nas trocas de fralda e de roupa de cama a equipe solicita ao paciente que estique o braço afetado para o teto, levar a mão na cabeça e esticar o braço novamente. Dobrar as pernas e levantar o quadril. Dobrar as pernas, mãos entrelaçadas e trazer um joelho de cada vez sobre a barriga.

9) No centro de urgência existem poltronas. Posicionar o paciente na poltrona uma vez por turno. Utilizar-se dos lençóis disponíveis na Instituição para colocá-lo na poltrona caso não consiga ficar em pé. Manter o paciente bem encostado na poltrona e com os pés apoiados no chão. Caso os pés não alcancem o chão coloca-los encima de travesseiros. Não deixar o paciente inclinado na poltrona. Elas possuem “braços” então colocar travesseiros nestes “braços” para que

o paciente fique com o tronco reto. Os braços do paciente devem ficar apoiados nos “braços” da poltrona e a palma da mão posicionada para baixo e aberta.

10) Paciente em pé: manter o paciente, primeiramente, sentado no leito, na beira deste. O paciente deverá abraçar o profissional cruzando as mãos e as colocar atrás do pescoço deste profissional. Deverão ficar em pé e girar até sentar na cadeira. O local correto da cadeira é ao lado do leito.

11) Caminhar: o internamento possui um corredor extenso e espaçoso para o paciente e seu familiar caminhar. Na caminhada manter o braço esticado, rodado para fora e afastado do corpo. Manter a mão aberta (posição anatômica). A planta do pé apoiada no chão. Nunca o braço doente encostado no tórax como é de costume.

Durante a caminhada a equipe pedirá ao paciente que transfira o peso de uma perna para outra.

12) Posicionar o paciente na cadeira comum ou de banho: o profissional ficará atrás do paciente. Cruzar os braços do paciente e segurar seus antebraços com as mãos por baixo das axilas. E outro profissional pode segurar por baixo dos joelhos do paciente assim este ficará bem posicionado, bem encostado na cadeira.

13) Encaminhar ao Banho: a Instituição dispõe de cadeiras de banho, não bancos. O chuveiro possui chuveirinho (cabo fino) então a idéia é “engrossar” o cabo com gazes e envolvê-lo em um pano para facilitar o manuseio do chuveirinho pelo paciente. O membro afetado deve segurar a esponja e lavar o lado bom. Assim o membro doente é estimulado.

14) Uso do vaso sanitário: também dispõe da mesma cadeira de banho. Há barras próximas ao vaso o que estimula o paciente a segurar, se apoiar e levantar.

15) Higiene: orientar os familiares a engrossar o cabo da escova de dente e a de cabelo. Na Instituição será engrossado com panos. Mas em casa o familiar poderá engrossar os objetos com bola de isopor, cano de mangueira e tiras de câmaras de ar.

16) Abrir a torneira: o membro afetado deverá ser estimulado pelo membro bom. Então ao abrir a torneira, o membro bom segura o membro doente e o paciente abre a torneira.

17) Utilizar fio dental: existe um dispositivo que lembra um estilingue. O fio deverá ser conectado neste objeto (que possui um cabo) o que facilita a manipulação pelo paciente.

18) Vestir-se: No centro de urgência utilizam-se camisolas com a abertura para frente. Elas são bem largas o que facilita a colocação e retirada pelo paciente e o faz exercitar o membro doente. Para colocar a camisola orientar a começar pelo braço doente e para retirá-la começar pelo braço bom.

19) Vestir a parte inferior do corpo: a equipe orientará sentar o paciente na cadeira. A perna doente deve ser cruzada para se colocar a roupa (calça, por exemplo) e a outra perna vestida da forma rotineira. Daí em pé o paciente passa a roupa pelo quadril com as duas mãos.

20) Vestir as meias: a equipe orienta o paciente a sentar na cadeira. Dobras as meias até o calcanhar e depois vestir. Também pedir que cruze as pernas e tanto o braço doente quanto o bom devem participar da atividade.

21) Calçar: também cruzar as pernas e o braço doente colaborar com o braço bom.

22) Calçados: a maioria dos pacientes leva chinelos de dedo a Instituição. Orientar as famílias a colocar tiras no calcanhar para dar firmeza no caminhar evitando que o pé saia do chinelo. Tênis e sapatos sem cadarço.

23) Alimentação: o centro dispõe de uma mesa móvel que pode ser posicionada bem em frente ao paciente e este fica sentado no leito. No centro não tem como o paciente se alimentar na mesa, tem que ser na cama mesmo. A mesa de alimentação é bem adaptável possibilitando que vá até o paciente e este fique bem sentado no leito. Os talheres na Instituição são descartáveis (cabos finos) também deve ser envolvido com gaze (é o recurso que se tem) para que o cabo fique mais

grosso e o paciente possa manipulá-lo com mais facilidade. O braço doente ficará também apoiado encima da mesa de alimentação e não pendente.

24) Beber com copo: na Instituição também só tem disponível copo de plástico. A orientação será de o membro doente participar da ação de segurar o copo, podendo o membro bom contribuir para a ação.

25) Cortar os alimentos: pode-se sugerir que a mão doente fique apoiada na mesa e a outra mão realize a ação.

26) Borda do prato: a borda pode auxiliar como anteparo. Assim o paciente encosta o membro doente na borda do prato, leva a comida para a borda do prato e consegue colocar a comida no garfo com o membro bom.

27) Preparar um pão ou uma bolacha: o membro doente fica encostado na borda do prato ou segura o pão e o membro bom prepara o pão.

28) Escrever: muitos pacientes solicitam escrever já que se encontram afásicos. As canetas também devem ser grossas e colocar algo embaixo do papel (antiderrapante) para que o papel não deslize na mesa e o paciente possa escrever com mais segurança.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enfermeiro quando trabalha como educador para o paciente e seu familiar consegue perceber as dificuldades e dúvidas vividas por estas pessoas numa situação difícil que é a doença. A aproximação da enfermagem com o paciente e familiar só vem a contribuir para a reestruturação de vida da família para cuidar da pessoa incapacitada pelo Acidente Vascular Cerebral (AVC).

A enfermagem precisa utilizar-se de instrumentos fundamentados na ciência para a melhoria do cuidado ao paciente e contribuir direta e indiretamente para a reabilitação deste e reinserção destas pessoas na vida social. O cuidado educativo ao paciente com AVC e seu familiar no Centro de Urgência, o Manual, vem a contribuir e minimizar o sofrimento pós alta. Pois se sabe que a reabilitação é um tratamento em longo prazo e esta doença interfere significativamente na vida social, familiar, profissional e amorosa da família.

A idéia de elaborar o Manual surgiu do problema enfrentado pela própria enfermagem e familiar no cuidado ao paciente com AVC e este problema só vem a contribuir negativamente na reabilitação deste doente se não for trabalhado enquanto está internado.

Vale ressaltar que o Manual vem a contribuir tanto para o paciente com AVC quanto para o seu cuidador familiar. Este deve ser reconhecido como um parceiro importante no processo de cuidado e, se não bem preparado para este cuidar pode trazer prejuízos ao doente de AVC e também o sério risco de adoecer. Porque cuidadores bem instruídos, capacitados cuidam melhor do doente e de si mesmos.

É sabido que o processo de cuidar é oneroso e árduo para a equipe de enfermagem que escolheu a profissão. E ainda mais oneroso para o cuidador familiar que não é preparado para o cuidado e muito menos para se adaptar drasticamente à nova condição de vida que é imposta pelo AVC.

Os enfermeiros responsáveis por um equipe e pela Assistência a seus pacientes com AVC e seus familiares fica o desafio de trabalhar com o Manual de orientações que vem a contribuir

para melhoria do cuidado e aproximação profissional-paciente. E ainda, a ideia de aperfeiçoar e melhorar o Manual futuramente e conforme necessidade vivenciada no ambiente de trabalho.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de rotinas para atenção ao AVC**. Brasília, 2013.

CABRAL, Norberto Luiz. Epidemiologia e impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. **Revista ComCiência**. nº109. Campinas, 2009.

CARNEIRO, Luiz A. F. et al. **Envelhecimento populacional e os desafios para o sistema de saúde brasileiro**. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar- IESS. São Paulo, 2013.

CHAVES, Márcia. L. F. et al. **Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CLARCK, W.M.et al. For the ATLANTIS Study Investigators. Recombinant tissue-type plasminogen activator (alteplase) for ischemic stroke 3 to 5 hours after symptom onset. The ATLANTIS Study: a randomised controlled trial. **JAMA** , nº 282. p. 2019-2026, 1999.

CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA DO BRASIL/ organização Anne Joyce Angher. 12º edição. São Paulo: rideel, 2006.

GALLO, Bárbara M. et al. **Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

GOMES, Shirley Rangel et al. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, janeiro/março, 2008.

HACKE, W. et al. Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-Pa stroke trials. **Lancet**. nº 363, p. 768-774. 2004.

MARTINS, Scheila Cristina Ouriques. Protocolo do atendimento do AVC isquêmico agudo. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. Ano XV. nº7. Jan/fev/mar/abr 2006.

MARTINS, Cleusa Rios; DAL SASSO, Crace Teresinha Marcon. Tecnologia: reflexões para a prática em saúde e enfermagem. Editorial. **Texto e Contexto Enfermagem**. vol. 17, nº1, p. 11-12. Florianópolis. 2008.

MORO, Carla Heloísa Cabral; LONGO, Alexandre Luiz; MASSARO, Ayrton Roberto. Trombólise Endovenosa Módulo IV. Programa de Aperfeiçoamento Continuado no Tratamento



do Acidente Vascular Cerebral. 2012. Disponível em: <http://www.pactoavc.com.br/downloads/mod4.pdf>. Acessado em: 20 de dezembro de 2013.

RANGEL, Beatriz et al. Manual do paciente. Acidente vascular cerebral. Joinville-SC, 2009. 10.

TONI, D. et al. Acute treatment of ischaemic stroke. **Cerebrovasc Dis. B.** vol. 17, nº2, p.30-46. 2004.

THINEN, Natália Cristina; MORAES, Ana C. F. Manual de orientação de posicionamento e execução de atividades da vida diária para pacientes com acidente vascular cerebral. **Caderno Terapia Ocupacional.** São Carlos, v. 21, n. 1, p. 131-139, 2009.

UENISHI, Eliza Kaori. **Enfermagem médico-cirúrgica em unidade de terapia intensiva.** 10<sup>a</sup> edição – São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2011.